

## RELATO DE CASO: CARCINOMA ESPINOCELULAR GIGANTE NA REGIÃO FRONTAL - RECONSTRUÇÃO COM RETALHO DE ROTAÇÃO BASEADO NA ARTÉRIA TEMPORAL SUPERFICIAL PÓS RESSECÇÃO ONCOLÓGICA EM UM HOSPITAL DA AMAZÔNIA LEGAL

Vítor Augusto Ribeiro Oliveira<sup>1</sup>  
Aliéksei Clairefont de Andrade Mello<sup>2</sup>  
Márcia Lorena Ferreira de Andrade<sup>3</sup>  
Gisele Rocha Lopes<sup>4</sup>  
Kauê Magalhães Castro dos Santos<sup>5</sup>  
Talita Alves Harrop<sup>6</sup>  
Thalita Maria Moreira Terceiro<sup>7</sup>  
Vinicius Sussuarana Rocha<sup>8</sup>

**RESUMO:** O carcinoma espinocelular (CEC) é o segundo tipo mais comum de câncer de pele não melanoma, apresentando prevalência estimada de 20% dos carcinomas cutâneos. Este relato aborda o manejo de um CEC gigante na região frontal de uma paciente idosa, com ênfase na abordagem cirúrgica por rotação de retalho e trepanação craniana. **Métodos:** Relato de Caso. Revisado prontuário e fotografias registradas e realizada revisão de literatura abrangente do tema. **Resultados:** A paciente foi submetida à ressecção oncológica de uma lesão tumoral na região frontal, seguida por rotação de retalho baseado na artéria temporal superficial, alcançando resultados satisfatórios do ponto de vista estético, funcional e no controle oncológico. **Conclusão:** O presente estudo enfatiza o diagnóstico precoce e a abordagem multidisciplinar para carcinomas espinocelulares, destacando no contexto da Amazônia Legal a necessidade de políticas públicas, rastreamento e educação para reduzir casos avançados e a morbimortalidade.

2726

**Palavras-chaves:** Carcinoma Espinocelular. Reconstrução Oncológica. Amazônia Legal.

### INTRODUÇÃO

O carcinoma espinocelular (CEC) é o segundo tipo mais comum de câncer de pele não melanoma, atrás somente do carcinoma basocelular (CBC), com prevalência estimada de 20% de todos os carcinomas da pele (WALDMAN, 2019). Os riscos para o desenvolvimento do CEC são multifatoriais, destacando-se a exposição prolongada à radiação Ultravioleta (UV) como predominante (DORNELAS *et al.*, 2019). O CEC apresenta lesões precursoras, como a Ceratose

<sup>1</sup>Médico Residente de Cirurgia Geral pela Universidade Federal do Amapá.

<sup>2</sup>Cirurgião Plástico pelos Serviços Integrados de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga (SICPHI) – Orientador pelo Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral da Universidade Federal do Amapá.

<sup>3</sup>Cirurgiã Plástica pelo Hospital Federal de Bonsucesso.

<sup>4</sup>Acadêmica de Medicina pela Universidade Federal do Amapá.

<sup>5</sup>Acadêmico de Medicina pela Universidade Federal do Amapá.

<sup>6</sup>Acadêmica de Medicina pela Universidade Federal do Amapá.

<sup>7</sup>Acadêmica de Medicina pela Universidade Federal do Amapá.

<sup>8</sup>Médico Residente de Cirurgia Geral pela Universidade Federal do Amapá.

Actínica (QA), podendo progredir para tumores de comportamento agressivo e alto potencial metastático, principalmente em casos de retardo no tratamento, seja pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou negligência do paciente (GRUBER *et al.*, 2023). Nesse relato, descrevemos o manejo de um CEC gigante na região frontal de uma paciente idosa, destacando a abordagem cirúrgica com rotação de retalho e trepanação craniana contextualizado nos desafios específicos da Amazônia Legal.

## OBJETIVO

O trabalho tem como objetivo descrever um caso submetido à reconstrução de couro cabeludo com retalho de transposição e trepanação craniana baseado na artéria temporal superficial após ressecção oncológica no Serviço de Cirurgia Plástica tratada em um hospital da Amazônia Legal, considerando os aspectos socioeconômicos e as dificuldades de acesso à saúde da região.

## MÉTODOS

Esse artigo apresenta um relato de caso de Carcinoma Espinocelular Gigante em um Hospital da Amazônia Legal. Foram analisados o prontuário, as fotografias registradas do caso e realizada revisão bibliográfica abrangente sobre o tema.

2727

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 88 anos, caucasiana, foi referenciada ao serviço de Cirurgia Plástica por um tumor em região frontal, com crescimento progressivo há 1 ano, associado a múltiplas lesões de pele em orelha esquerda, mandíbula a direita e antebraço direito. Ao exame, a lesão de frente apresentava-se com cerca de 7,5 x 7,3 cm nas maiores dimensões, coloração acastanhada, aspecto exofítico e vegetante, com ulcerações centrais, áreas de crosta sero-hemática e pontos de sangramento ativo. Associadas à lesão, foram identificadas placas eritemato-eczematosas em membro superior direito e três tumorações, uma medindo 4,8 cm em orelha direita, e duas medindo 2 e 2,5 cm em mandíbula direita. (Figura 1)



**Figura 1.** Avaliação pré-operatória. A. Tumor de couro cabeludo ulcerado de 7,3 X 7,5 cm em região frontal.

O tumor de região frontal foi ressecado no primeiro tempo operatório com margens cirúrgicas de 1 cm, preservando o periósteo e deixando exposta a calota craniana para reconstrução em segundo tempo. O defeito resultante após ressecção foi de aproximadamente 9,5 x 9,3 cm (Figura 2). Demais lesões em orelha esquerda, mandíbula e antebraço direito também foram ressecadas, com margem cirúrgica de 0,5cm, e reconstrução com síntese primária de epiderme, sendo material encaminhado para anatomopatológico, uma vez que não havia disponibilidade de congelamento transoperatória.

2728



**Figura 2.** Primeira abordagem cirúrgica. Defeito resultante após ressecção de aproximadamente 9,5 x 9,3 cm.

### Resultados de exames anatomopatológicos em 05/07/2024 foram os seguintes

Os resultados dos exames anatomopatológicos realizados em 05/07/2024 evidenciaram diferentes lesões cutâneas. Na pele da região frontal, foi diagnosticado carcinoma espinocelular invasivo, com invasão da derme reticular. O grau de diferenciação histológica foi classificado como 2 (moderadamente diferenciado), e a espessura tumoral medida foi de 17 mm. Não foram observadas invasões perineurais ou linfo-vasculares, e as margens cirúrgicas, tanto laterais quanto profundas, estavam livres de neoplasia.

Na amostra de pele da mandíbula direita, os resultados demonstraram a presença de duas lesões distintas. O fragmento 1 apresentou diagnóstico de ceratose actínica hipertrófica, enquanto o fragmento 2 revelou ceratose seborreica. Na pele da orelha esquerda, foi identificado Carcinoma Basocelular na variante histológica nodular, com invasão da derme reticular superficial. Não havia evidências de invasão perineural ou angiolímfática, e as margens cirúrgicas, tanto laterais quanto profundas, estavam íntegras. Por fim, na pele do antebraço direito, foi constatada ceratose actínica hipertrófica, com margens comprometidas pela lesão.

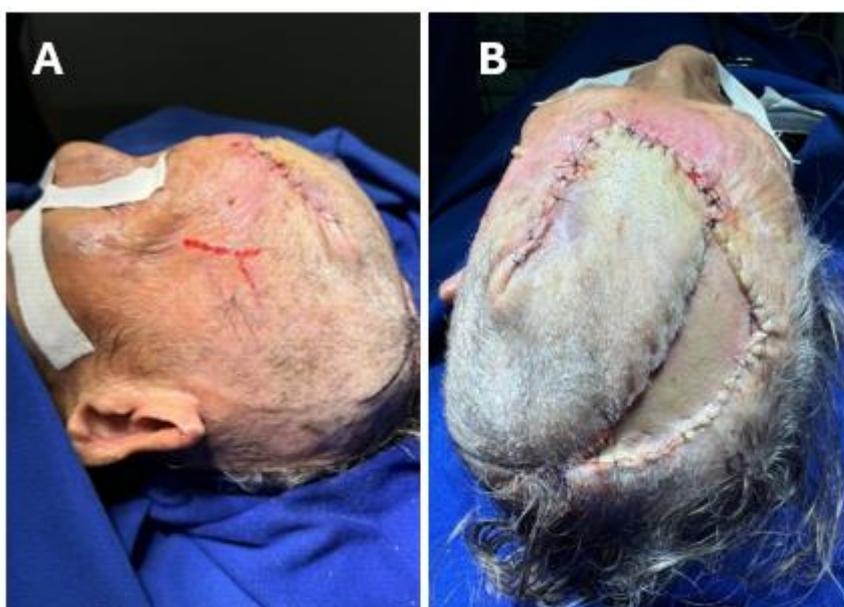
Em razão da necessidade de aguardar resultados anatomopatológicos definitivos, optou-se por realização de trepanação craniana frontal da tábua externa para remoção de tecidos desvitalizados, em virtude de necrose periosteal subsequente à exposição de calota craniana na primeira abordagem cirúrgica, visando prevenir infecções osteomielíticas e facilitar a revascularização local. (Figura 3). Em segunda abordagem cirúrgica foi realizada rotação de retalho baseado na ATS para melhor resultado estético por se tratar de retalho piloso, enquanto a região remanescente foi reconstruída com enxerto de pele total obtido da região inguinal esquerda, garantindo cobertura adequada dos tecidos e otimização da cicatrização. (Figura 4; Figura 5).



**Figura 3.** Segunda abordagem cirúrgica. **A.** Área de necrose periosteal pré cirúrgica. **B.** Trepanação Craniana frontal da tábua externa.



**Figura 4.** Marcação pré-operatória de área doadora enxerto de pele total em região inguinal esquerda.



**Figura 5. A.** Marcação de território de artéria temporal superficial esquerda. **B.** Aspecto final de retalho de rotação baseado na artéria temporal superficial e enxerto de pele total de região inguinal esquerda

## RESULTADOS

Paciente apresentou evolução favorável com resultado estético e funcional satisfatórios. Ademais, foi obtido controle oncológico do tumor (Figura 5).



Figura 6. Pós operatório tardio.

## DISCUSSÃO

O carcinoma espinocelular (CEC) cutâneo é um tumor maligno que surge de queratinócitos epidérmicos. Em indivíduos com pele pouco pigmentada o CEC se desenvolve, geralmente, em áreas fotodanificadas e apresenta grande variedade de lesões cutâneas, incluindo placas, pápulas ou nódulos, que podem ser lisas, hiperqueratóticas ou ulceradas (LUQUETTI et al., 2024). A incidência global do CEC varia amplamente entre regiões geográficas, de 0.03 a 3.5 casos por 100.000 habitantes por ano, sendo o segundo tipo mais comum de câncer de pele não melanoma. Nas últimas três décadas, houve um aumento de 50 a 200% de novos casos de CEC, que tende a crescer conforme o envelhecimento populacional (WALDMAN, 2019).

A exposição prolongada aos raios ultravioleta (UV), primariamente UV-B, é considerada o principal fator etiológico do CEC, especialmente em indivíduos com pele clara (tipos de pele de Fitzpatrick I-III). Além disso, o tabagismo e o consumo excessivo de álcool apresentam uma associação positiva com o desenvolvimento do CEC, potencializando o risco quando combinados (VASCONCELOS et al., 2024). O CEC é mais comum em pacientes do sexo masculino (proporção de 3:1), com idade média de início por volta dos 60 anos (WALDMAN, 2019). Estão relacionados mais raramente ao risco de desenvolvimento de CEC: imunossupressão, papilomavírus humano oncogênico (HPV) 16 e 18, exposições ambientais a

arsênio, hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, nitrosaminas, agentes alquilantes, entre outros (QUE *et al.*, 2018)

Embora o CEC geralmente origina-se de lesões precursoras provenientes da exposição prolongada ao sol, como a queratose actínica (QA), a ausência de QA prévia não descarta a associação com fatores de risco já estabelecidos. A QA pode regredir espontaneamente, persistir na pele sem alteração ou evoluir para um CEC em até 20% dos casos, com um tempo estimado de 10 a 25 anos. O tempo de progressão de um CEC superficial (*in situ*) para um tumor invasivo é de aproximadamente 2 anos. (VASCONCELOS *et al.*, 2024). Neste caso, sugerindo portanto, um crescimento mais agressivo ou uma variante de CEC com maior propensão à progressão rápida.

O CEC gigante é caracterizado por seu tamanho frequentemente ultrapassando 5 cm e, em alguns casos, chegando a 10 cm de diâmetro. Macroscopicamente, apresenta-se geralmente como uma grande massa exofítica ulcerada, com bordas irregulares, acompanhada de hemorragia ou exsudação tumoral. Histologicamente, exibe as características clássicas do CEC convencional, incluindo acentuada atipia celular, pleomorfismo, alta atividade mitótica, presença de pérolas de queratina e pontes intercelulares. Além disso, o CEC gigante distingue-se por seu rápido crescimento e tamanho desproporcional, frequentemente resultando em necrose tecidual extensa e infiltrados inflamatórios (FANIA *et al.*, 2021). Os dados encontrados por esse autor corroboram aos encontrados no nosso caso clínico. Pois a lesão era exofítica, crescimento rápido e apresentava áreas necróticas.

2732

### O tempo de evolução da lesão

Os carcinomas espinocelulares gigantes são neoplasias cutâneas raras que apresentam desafios terapêuticos significativos, especialmente em regiões com infraestrutura limitada, como a Amazônia Legal. A dificuldade de acesso a serviços médicos especializados, associada à baixa cobertura dermatológica e à escassez de campanhas de rastreamento, contribui para o diagnóstico tardio dessas lesões. Além disso, fatores socioeconômicos, como baixa escolaridade e falta de conscientização sobre a importância da proteção solar e do autoexame da pele, dificultam a detecção precoce da doença. Como resultado, parcela relevante dos indivíduos acometidos chegam aos serviços de saúde com tumores avançados, exigindo terapêuticas mais complexas e aumentando o risco de complicações e desfechos desfavoráveis (GONZÁLEZ *et al.*, 2017; BRASIL, 2021).

A ressecção cirúrgica com margens de segurança é amplamente reconhecida como o padrão-ouro no manejo do CEC. Para lesões de alto risco ou localizadas em áreas críticas, como a região frontal, a cirurgia micrográfica de Mohs é frequentemente recomendada, pois permite a remoção precisa do tumor com preservação máxima de tecido saudável. No entanto, em casos de CEC gigantes, essa técnica pode não ser viável devido à extensão da lesão. Nesses casos, a excisão ampla com margens de 1 cm é uma prática comum, seguida de avaliação histopatológica para assegurar a ausência de células neoplásicas nas margens cirúrgicas. Casos gigantes frequentemente requerem técnicas reconstrutivas complexas, como rotação de retalhos, para preservar a funcionalidade e a estética da região acometida (ONCOGUIA, 2015).

Após a ressecção de grandes tumores na região frontal, a reconstrução do defeito resultante representa um desafio técnico significativo. A abordagem multidisciplinar é essencial para um desfecho favorável, permitindo a seleção da melhor estratégia reconstrutiva (LIU et al., 2020). O retalho de rotação baseado na ATS é uma opção eficaz para cobrir defeitos extensos do couro cabeludo e fronte. A ATS, um dos ramos terminais da artéria carótida externa, destaca-se como o principal vaso de suprimento sanguíneo da região temporal frontoparietal, apresentando estabilidade anatômica, reduzida variação entre indivíduos e fácil localização. Além disso, sua extensa rede de anastomoses vasculares perfurantes fornece irrigação robusta ao retalho, garantindo sua viabilidade e integração com os tecidos locais (ÁVILA et al., 2018).

2733

A utilização do retalho baseado na ATS é uma técnica que permite a cobertura de áreas com exposição óssea, especialmente quando o periósteo está comprometido, como no caso apresentado. Esse retalho é vantajoso por apresentar textura e coloração similares à pele da área receptora, além de preservar a sensibilidade local. Adicionalmente, a presença de cabelo com características de maciez e fácil acamamento contribui para um resultado estético mais natural, sendo um fator determinante em reconstruções faciais (LIU et al., 2020).

Em situações onde há necrose do periósteo e exposição da tábua óssea externa, a trepanação craniana superficial pode ser realizada para promover a revascularização do osso e prevenir infecções osteomielíticas. Esse procedimento facilita a integração do retalho e melhora a cicatrização, especialmente em defeitos de grande extensão. A perfuração da tábua externa permite a formação de tecido de granulação, essencial para a sobrevivência do enxerto ou retalho aplicado sobre o osso exposto (ÁVILA et al., 2018).

Após a cirurgia padrão com ressecção de margem clínica e fechamento linear, os métodos preferidos de fechamento incluem a cicatrização por segunda intenção e o enxerto de pele fina. A cicatrização por segunda intenção é indicada para defeitos menores, especialmente em áreas

com boa capacidade de regeneração, permitindo a reepitelização a partir das bordas da ferida. Já o enxerto de pele fina é utilizado para cobrir áreas maiores, proporcionando uma cobertura rápida e eficaz do defeito cirúrgico. No entanto, em casos em que são necessárias técnicas reconstrutivas mais complexas, como o uso de retalhos locais, a avaliação intraoperatória da margem cirúrgica torna-se indispensável (MORENO-RAMÍREZ et al., 2021).

## CONCLUSÃO

Este relato ressalta a relevância do diagnóstico precoce e da abordagem multidisciplinar no manejo de carcinomas espinocelulares gigantes, especialmente diante dos desafios impostos por tumores avançados. No contexto da Amazônia Legal, a limitação do acesso a serviços especializados evidencia a necessidade de políticas públicas que ampliem a cobertura dermatológica, promovam estratégias de rastreamento eficazes e possibilitem intervenções precoces. Medidas como a capacitação de profissionais da atenção primária e a implementação de campanhas educativas voltadas à detecção precoce podem reduzir significativamente a incidência de casos avançados, minimizando a morbimortalidade associada a essa neoplasia.

## REFERÊNCIAS

1. AVILA, Diego Fernando Villagra et al. Reconstrução imediata do couro cabeludo com retalho de transposição baseado na artéria temporal superficial pós-ressecção oncológica. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 33, n. 1, p. 62-64, 2018. DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0047.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde na Amazônia Legal: diagnóstico e propostas de atuação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/22664/3/RB\\_57\\_Sa%C3%BAde%20na%20Amaz%C3%B4nia%20Legal.pdf](https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/22664/3/RB_57_Sa%C3%BAde%20na%20Amaz%C3%B4nia%20Legal.pdf). Acesso em: 27 jan. 2025.
3. CHINEM, V. P.; MIOT, H. A. Epidemiology of basal cell carcinoma. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 86, n. 2, p. 292-305, mar./abr. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0365-05962011000200013>. Acesso em: 26 jan. 2025.
4. DORNELAS, M. T.; RODRIGUES, M. F.; MACHADO, D. C.; GOLLNER, A. M.; FERREIRA, A. P. Expressão de marcadores de proliferação celular e apoptose no carcinoma espinocelular de pele e ceratose actínica. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 84, n. 5, p. 469-475, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962009000500004>
5. FANIA, L. et al. Cutaneous Squamous Cell Carcinoma: From Pathophysiology to Novel Therapeutic Approaches. **Biomedicines**, v. 9, n. 171, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/biomedicines9020171>.
6. GONZÁLEZ, F. H. et al. Diagnóstico y tratamiento de los tumores malignos de piel. *Anales Médicos*, v. 15, n. 2, p. 154-162, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v15n2/1870-7203-amga-15-02-00154.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2025.
7. GRUBER, C. R.; GIOVANINI, A. F. G.; SKARE, T. L.; RASTELLI, G. J. C.; KUBRUSLY, L. F.; SIGWALT, M. F.; TABUSHI, F. I.; MANSO, J. E. F.; POSSIEDI, R. D. Câncer de pele não melanoma: revisão integrativa. **BioScience**, v. 81, n. 2, p. 80-87, 2023. DOI: 10.55684/81.2.16.
8. LIU, M. et al. [Superficial temporal artery composite perforator flap in repair of temporal skin and soft tissue defects and reconstruction of sideburns]. **Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi**, v. 34, n. 4, p. 493-496, 15 abr. 2020. DOI: 10.7507/1002-1892.201909046. PMID: 32291987; PMCID: PMC8171508.

9. LUQUETTI, C. M.; LIMA JÚNIOR, E. A. de A.; MAGANHIN, C. C. Carcinoma espinocelular: fatores para seu diagnóstico. **Journal of Medical Science and Evidences**, v. 1, n. 1, 2024.
10. MORENO-RAMÍREZ, D. et al. Surgery for Cutaneous Squamous Cell Carcinoma and its Limits in Advanced Disease. **Dermatology Practical & Conceptual**, v. 11, n. S2, p. e2021167S, 5 out. 2021.
11. ONCOGUIA. **Tratamento do Carcinoma Espinocelular da Pele**. 2015. Disponível em: <https://www.oncoguia.org.br/conteudo/tratamento-do-carcinoma-espinocelular-da-pele/1226/270/>. Acesso em: 27 jan. 2025.
12. QUE, S. K. T.; ZWALD, F. O.; SCHMULTS, C. D. Cutaneous squamous cell carcinoma. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 78, n. 2, p. 237–247, 2018. DOI: 10.1016/j.jaad.2017.08.059.
13. VASCONCELOS, R. A. de O. et al. Avaliação dos principais fatores de risco associados ao desenvolvimento do carcinoma espinocelular: revisão narrativa de literatura. **Revista Fluminense de Odontologia**, v. 2, n. 64, p. III–122, 2024.
14. WALDMAN, A.; SCHMULTS, C. D. Cutaneous squamous cell carcinoma. **Hematology/Oncology Clinics of North America**, v. 33, n. 1, p. 1–12, 2019. DOI: 10.1016/j.hoc.2018.08.001.